ROK IV. GRUDZIEŃ Nr. 12.

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH KRAKÓW–LWÓW

Cena pojedynczego numeru **90 groszy**, w przedpłacie kwartalnej **Złotych 2·40**



Redakcja i Admin.: Kraków, ul. Kopernika L. 17, Państwowa Szkoła Położnych. Tel. 10265 i Red. odp. 15508 - P. K. O. 408.706

Redakcja na Lwów: Lwów, Pijarska L. 4 ▫ Telefon Nr. 126. ▫

Wszystkim P. T. Czytelniczkom „Położnej" zasyła życzenia Wesołych Świąt i Nowego Roku

Redakcja

II. Zjazd Położnych Województwa Krakowskiego

w dniach 10 i 11 kwietnia 1932 roku

(niedziela i poniedziałek).

Zjazd odbędzie się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska L. 4.

W niedzielę, dnia 10 kwietnia 1932:

Msza św. w kościele św. Mikołaja o godzinie 9-tej rano (Kopernika 9).

Obrady odbywać się będą od godziny 10 rano w sali Towarzystwa Lekarskiego.

Otwarcie Zjazdu — Wybór Prezydjum Zjazdu.

Powitanie delegacji i przemówienia Władz sanitarnych.

Część naukowa: Doc. Dr. Mączewski (Lwów): *„Jakie błędy popełniają położne najczęściej"*. Dr. Starzewski (Kraków): *„Zaśniad groniasty"*. Dr. Doliński (Lwów): *„Rola położnej w walce z rakiem"*. Dr. Wohlfeiler (Kraków): *„Choroby zawodowe położnych"*. — Referaty Położnych (dotychczas nie zgłoszone).

Dzień 11 kwietnia 1932 (poniedziałek):

Początek obrad o godzinie 9 rano:

Odczytanie protokołu z I Zjazdu.

Sprawozdanie z postępu organizacji Stow. Zaw. Poł. Woj. Krakowskiego od czasu I Zjazdu.

Referaty społeczne: *„Program walki z partactwem „babek"* Dr. A. Markowa, Prof. Szkoły Położnych.

„Położna a ubezpieczenia społeczne" Dr. praw Łuszczkiewicz.

Dyskusja.

Wnioski i interpelacje.

Zamknięcie Zjazdu.

Uwaga: Zarząd Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak. zastrzega sobie jeszcze ewentualne zmiany w programie w miarę napływu materjałów. Bliższe podanie godzin porządku obrad i referatów podamy wkrótce. Zarząd uprasza Koleżanki o zgłaszanie udziałów w Zjeździe.

Zarząd Stowarzyszenia Zawodowych Położnych
Województwa Krakowskiego:

(—) *Antonina Halamowa*, prezesowa
(—) *Teresa Ratajowa*, sekretarka.

—o—

Rozstrzygnięcie II. konkursu miesięcznika „Położna" na prace „Z praktyki".

Krakowski Komitet redakcyjny pod przewodnictwem Prof. Szkoły Dr. Markowej w dniu 10 grudnia 1931 r. rozpatrzywszy prace nadesłane do konkursu (wpłynęło prac 86 z tych drukowano 61) przyznał:

Nagrodę pierwszą p. Natalji Gierszowej z Wisły,
„ drugą p. Dorotiak Stefanji z Kąkolnik,
„ trzecią p. Ryzenko Wacławie z Luzino,
„ czwartą p. Kopacz Joannie z Przecławia,
„ piątą p. Hebdowej Emilji z Nowego Sącza.

Sąd konkursowy postanowił, żeby dwie pierwsze nagrody wypłacone były gotówką (I — 120, II — 90 zł), a trzy dalsze w postaci książki pamiątkowej wartości preliminowanej nagrody z odpowiednią adnotacją Sądu konkursowego. Nagroda III — ozdobne wydanie „Trylogii Sienkiewicza. Nagr. IV i V „Polska" (tom specjalny z Encyklopedji Gutenberga).

Poza konkursem postanowiono nadać p. Sarze Brust z Krakowa, nagrodzonej w roku 1929 nagrodą I, dyplom uznania za niestrudzoną współpracę w miesięczniku „Położna".

Wszystkie nagrody rozesłano około 15 grudnia b. r.

Komitet Redakcyjny przy tej sposobności apeluje do czytelniczek, żeby jak w poprzednich latach przysyłały swoje częstokroć bardzo cenne doniesienia „z praktyki" ilustrujące pracę zawodową w rozmaitych środowiskach.

Za Komitet Konkursowy:
Redaktor odpowiedzialny:
(—) *Dr. Papée.*

—o—

Z Państwowej Szkoły Położnych w Krakowie.
Dr. ALEKSANDER KOCIUBIŃSKI.

Ciąża pozamaciczna.

Jakkolwiek przeważająca ilość ciąży przebiega prawidłowo to jednak pozostała część przedstawia odbiegnięcia od normy w mniejszym lub większym stopniu. Jednem bodajże z najgroźniejszych odbiegnięć jest ciąża pozamaciczna, schorzenie ciężkie, które może przyprawić kobietę o utratę życia dosłownie w ciągu kilku chwil. Schorzenie to nie jest bynajmniej znów tak rzadkie i według różnych statystyk waha się od 1.5—8‰ (= 1.5—8 na tysiąc ciąży), częściej spotykamy je w ośrodkach przemysłowych i miastach niż po wsiach. Zauważyć się też daje od szeregu lat wzrost procentowości, tłomaczący się poniekąd częstszem rozpoznawaniem.

Położna, która przeważnie częściej od lekarza spotyka się z kobietą ciężarną, ma możność zapobiegnięcia ciężkiej katastrofie jeszcze w porę, jeżeli zna jej objawy i grożące niebezpieczeństwo.

Ciąża pozamaciczna jak sama nazwa wskazuje jest procesem chorobowym ciąży, która wbrew prawom natury loka-

lizuje się poza macicą. Miejscem tem bywa najczęściej jajowód, rzadziej jego strzępki, a już zupełnie rzadko jajnik, względnie otrzewna jamy brzusznej. Stosownie też do tego mówimy o ciąży jajowodowej, jajnikowej, brzusznej. Praktycznie najważniejsza jest ciąża jajowodowa, ponieważ z takową spotykamy się najczęściej — to też zajmiemy się nią nieco bliżej.

Wiadomo nam z historji rozwoju płodu, że zapłodnienie jaja następuje zwykle w obwodowej części jajowodu i stąd jajo zapłodnione już wędruje w kierunku macicy, by tam usadowić się i rozwijać. Jeżeli takie zapłodnione jajo ma utrudnioną, względnie uniemożliwioną wędrówkę w kierunku macicy z powodów, o których pomówimy niżej, wówczas stara się ono usadowić tam, gdzie jest, t. j. w jajowodzie. Atakuje więc śluzówkę jajowodu, zagnieżdża się w niej, usadawiając się bądź to w miejscu przyczepu kreski jajowodu, [prawdopodobnie z powodu obfitszych w temże miejscu naczyń] bądź też na którejkolwiek ze ścian jajowodu. Warunki rozwoju dla jaja płodowego w jajowodzie nie są jednak takie idealne jak w macicy, to też wiele takich zagnieżdżonych ciąży ginie wcześnie, tkanka łączna przerasta je i tylko przypadkowo (operacja z innego wskazania) można się z takiem „samowyleczeniem" ciąży jajowodowej spotkać. Jajo zagnieżdżone nie uwzględnia jednak tych złych warunków, rozwijać się musi tak, jak gdyby rozwijało się w świetle macicy, powstaje doczesna, łożysko i t. d., z powodu cienkości śluzówki jajowodu przechodzi prędko na warstwę mięsną, która też odpowiednio zaczyna przerastać. O ile przerost ten idzie w parze z rozwojem jaja, to ciąża taka może nawet dobiec swego kresu, najczęściej jednak dzieje się inaczej. Ciąża pozamaciczna najczęściej prowadzi do pęknięcia jajowodu względnie do poronienia jaja płodowego do jamy brzusznej (pęka) i dzieje się to zazwyczaj w drugim do czwartego miesiąca rozwoju ciąży.

Co do przyczyny tego pęknięcia nie są zupełnie zgodni autorowie, względnie nie zawsze jest jedna przyczyna. Warstwa mięsna jajowodu przeważnie nie może dotrzymać kroku szybkiemu wzrostowi jaja płodowego, gdyż nie jest do tego przeznaczoną tak jak mięśniówka macicy, to też cieńczeje coraz bardziej. Taka ciąża jajowodowa pozbawioną jest niejako dostatecznego punktu oparcia i ochrony, to też przy jakimkolwiek urazie, którym być może czy to uderzenie w brzuch, czy gwałtowny kaszel, czy też parcie na stolec a nawet bez tego,

osłony otaczające jajo łatwo pękają. Przy pęknięciu ciąży jajowodowej może pęknąć tylko błona otaczająca jajo płodowe i wówczas urodzi się ono do światła jajowodu a stąd zostaje siłą skurczu warstwy mięsnej jajowodu wypchnięte do wolnej jamy brzusznej; mamy do czynienia wówczas z t. zw. poronieniem jajowodowem. Może jednak pęknąć razem z błonami otaczającemi jajo, ścieńczała ściana jajowodu a wówczas jajo rodzi się wprost do jamy brzusznej. Jajo urodzone do brzucha przeważnie obumiera, o ile jednak zagnieździło się na nowo na otrzewnej jamy brzusznej albo o ile pozostało w dostatecznym związku z łożyskiem pozostającem na miejscu (płód starszy przez pępowinę) rozwija się dalej i wówczas mówimy o ciąży brzusznej wtórnej.

Jaki jest dalszy los płodu przy ciąży brzusznej wtórnej? Czy rozwija się on wśród wód i błon płodowych czy nie, czy żyje dłużej czy krócej (może nawet dojść do pełnego rozwoju) urodzić się na zewnątrz nie może, pozostaje mu tylko druga możliwość obumrzeć. I wówczas albo zostanie częściowo wchłonięty przez ustrój matki, reszta zaś zostanie otorbiona włóknistą tkanką, złogi wapnia osadzą się na nim i pozostanie w brzuchu matki, albo też jako ciało obce w brzuchu wywoła odczyn zapalny, zarazki dostaną się do niego z ustroju matki i sprowadzą ropienie, które gdy mu się nie pomoże operacyjnie, samo sobie szuka ujścia na zewnątrz przebijając się czy to do światła kiszki, pęcherza lub pochwy, czy też przez powłoki na zewnątrz. — Podobnemu losowi jak ciąża jajowodowa ulegają ciąże na strzępkach jajowodu względnie usadowione w jajniku — prędzej czy później następuje katastrofa — pęknięcie ciąży.

Każdemu pęknięciu ciąży pozamacicznej towarzyszy krwotok powodowany przerwą w ciągłości ścian względnie naczyń łożyska. Nasilenie jego jest warunkowane wielkością pęknięcia oraz stopniem rozwoju ciąży, im starsza ciąża i im większe pęknięcie tem gwałtowniejszy krwotok. Światło naczyń łożyskowych jest duże, krwotok zaś zwiększa się jeszcze przez to, że krew w zatokach łożyska okazuje mało skłonności do krzepnięcia, powodują to jak wiemy fermenty kosmków łożyska. Krew wylana do jamy brzusznej gromadzi się zazwyczaj w najniższem jej uchyłku jakim jest zatoka Douglasa, (przestrzeń między otrzewną tylnej ściany macicy a otrzewną pokrywającą kiszkę stolcową) częściowo tam krzepnie, częściowo po-

zostaje płynną, z biegiem czasu zostaje albo wchłonięta albo też ropieje i wówczas szuka sobie ujścia na zewnątrz, przebijając zazwyczaj tylne sklepienie pochwy.

Równocześnie z zagnieżdżeniem jaja powstają i w macicy zmiany, przygotowuje się ona na przyjęcie jaja plodowego, które jednak nie mogło do niej dojść, powstaje doczesna, cała macica jest powiększona. Z chwilą obumarcia jaja płodowego doczesna z macicy zostaje wydalona (o ważności tego objawu wspomnimy poniżej). Wreszcie nie od rzeczy będzie dodać, że ciąża pozamaciczna może wystąpić jednocześnie obustronnie n. p. w obu jajowodach, może więc wystąpić bliźniaczo, względnie zdarzają się rzadko przypadki ciąży pozamacicznej przy współistnieniu ciąży wewnątrzmacicznej.

Nie będziemy rozwodzić się nad przyczynami ciąży pozamacicznej, zaznaczymy tylko pokrótce, że schorzeniem tem bywają dotknięte kobiety, u których wędrówka jaja płodowego jest utrudniona. I tak: zachodzą często w ciążę pozamaciczną kobiety, które przechodziły choroby zapalne narządów rodnych a przedewszystkiem przydatków macicznych czy to na tle wiewióra czy też zakażeń po poronieniach lub porodach albo innych, następnie kobiety dotknięte niedorozwojem narządów rodnych wewnętrznych, u których trąbki bywają długie i pofałdowane, kobiety u których trąbki uciśnięte są guzami wychodzącemi z samych trąbek czy też sąsiednich narządów lub które przechodziły procesy zapalne w jamie brzusznej bez związku z organami rodnemi (przeciągnięcia przez zrosty). W końcu kobiety, które już raz zachodziły w ciążę pozamaciczną, często zachodzą w nią poraz drugi.

Obraz kliniczny ciąży pozamacicznej musimy podzielić na dwie części: obraz ciąży pozamacicznej zachowanej (niepowikłany pęknięciem) i obraz pękniętej ciąży pozamacicznej.

C i ą ż a p o z a m a c i c z n a z a c h o w a n a zwłaszcza we wczesnym okresie rozwoju przedstawia duże trudności rozpoznawcze, a chodzi nam właśnie o możliwie wczesne rozpoznanie ciąży. Najważniejszym objawem podmiotowym jest tu *zatrzymanie perjodu,* względnie *opóźnienie się go,* albo *nieregularne krwawienia,* objawy te występują w większości przypadków i one zresztą najczęściej sprowadzają kobietę do badania. W *wywiadach* bliższych dowiemy się często od takiej kobiety *o przejściu przez nią zapalnego schorzenia narządów rodnych (wiewiór, zmiany zapalne połogowe), pozatem ko-*

bieta ta opowiada o objawach ciąży, nudnościach, zmianie smaku, uczuciu rozpierania w piersiach, czasem skarży się na t. zw. *bóle jajowodowe* t. j. bóle kurczowe dołem brzucha po bokach macicy ale często jednak brak tych wszystkich danych w wywiadach i to jeszcze o rozpoznaniu ciąży pozamacicznej nie decyduje. Przy badaniu znajdziemy czasami klej w sutkach, badanie wewnętrznie w tych razach stwierdza macicę nieznacznie tylko powiększoną, nieco rozpulchnioną, wyczucie natomiast małego miękkiego oporu w przydatkach, pochodzącego od rozwijającej się tam ciąży, rzadko udaje się nawet doświadczonym, raz z powodu małych rozmiarów tegoż i jego miękkości, a powtóre dlatego, że dalej rozwinięte ciąże zazwyczaj pękają a tem samem dają inne objawy świadczące już bezwzględnie o ciąży pozamacicznej. Oddawna starają się autorowie wykryć objawy wczesnej ciąży pozamacicznej jest szereg badań fizykalnych, chemicznych, biologicznych żadne jednak z nich nie jest bezwzględnie pewne.

Inaczej wygląda obraz ciąży pozamacicznej pękniętej. I tu w wywiadach usłyszymy dane jak powyżej dodać jednak musimy inne ważne szczegóły: *nagły silny ból dołem brzucha zwyczajnie po jednej stronie, połączony z silnem osłabieniem, szumem w uszach, ćmieniem w oczach* (latanie płatków przed oczami), bardzo często występuje przytem charakterystyczne dla pęknięcia ciąży pozamacicznej *omdlenie. Ból ten może wystąpić u chorej albo raz tylko, albo powtórzyć się* kilka razy w różnych odstępach czasu, (kobiety, które rodziły porównują te bóle do porodowych) towarzyszy im ból w krzyżach i promieniowanie bólów ku biodrom, po każdym takim napadzie chora jest coraz słabsza, uczuwa *parcie na stolec i mocz*, czasem miewa *nieznaczne wzdęcie, czasem zaparcia, nigdy rozwolnienia. Otoczenie chorej zwraca uwagę,* że chora *znacznie zbladła.* Równocześnie chora często krwawi z macicy podając, że razem z krwią odchodzą strzępy tkanki.

Objawy te wywołane są zmianami jakie zaszły w przebiegu ciąży: pęknięcie ciąży wywołuje silny ból, szum w uszach, ćmienie przed oczyma i omdlenie są to objawy ostrej niedokrwistości, — napięcie mięśniowe po stronie chorej, parcie na stolec i mocz to objawy podrażnienia otrzewnej przez wylaną krew, wreszcie krwawienie z macicy to odklejanie się i wydalanie doczesnej.

Objawy te mogą być jednak znacznie słabiej nasilone,

przeciągające się kurczowe bóle dołem brzucha, objawy niedokrwistości znaczne słabsze a więc tylko osłabienie; dzieje się to przedewszystkiem przy t. zw. poronieniach jajowodowych podczas gdy poprzednie objawy występują przy pęknięciu samego jajowodu.

A teraz badanie przedmiotowe; najpierw więc *badanie zewnętrzne: chora silnie blada, osłabiona, temperatura ciała albo wcale nie podwyższona albo bardzo nieznacznie, tętno liczne słabo napięte (niewspółmierność między temperaturą a zachowaniem się tętna stanowi ważny objaw łącznie z innemi objawami) czasami klej w sutkach, język wilgotny nie obłożony, powłoki brzuszne napięte przy obmacywaniu nieco tkliwe zwłaszcza dołem, zewnętrzne części rodne sino zabarwione.* Przy badaniu wewnętrznem uderza obniżenie tylnego sklepienia pochwy, wywołane oporem w zatoce Douglasa, który to opór wytwarza nagromadzona tamże wylana krew, macica sama nieco powiększona, miękka, czasami jednak już twarda, a mianowicie wtedy, gdy doczesna z niej odejdzie, w miejscu przydatków wyczuwa się miękki ruchomy opór różnej wielkości, opór ten to właśnie rozwijająca się ciąża pozamaciczna, poruszenie macicy i przydatków sprawia przeważnie nieznaczny ból. Badanie wewnętrzne powinno odbywać się łagodnie a nie brutalnie, gdyż łatwo spowodować silnym uciskiem nowy krwotok, który u wykrwawionej już chorej może być ostatni i śmiertelny.

Z jakim innem cierpieniem można ciążę pozamaciczną pomieszać? Słysząc od kobiety o bólach dołem brzucha i krwawieniu, myśli się w pierwszym rzędzie o poronieniu jako o częstszem schorzeniu. Mamy jednak kilka objawów odróżniających te stany chorobowe: 1) Bóle przy poronieniu są kurczowe, umiejscowione dołem brzucha w środku, poprzedzają zwykle krwawienie podczas gdy bóle przy ciąży pozamacicznej są umiejscowione raczej po bokach macicy i następują po krwawieniach macicznych. 2) Przy poronieniu odchodzi z macicy łożysko z charakterystycznemi kosmkami podczas gdy przy ciąży pozamacicznej wydalona zostaje tylko doczesna przyczem krew wydobywająca się jest przeważnie ciemna,— wreszcie przy badaniu wewnętrznem przy ciąży pozamacicznej wyczuwamy w przydatkach jednostronny opór podczas gdy brak go przy poronieniu. Podobnie też przebiegać mogą sprawy zapalne w przydatkach, pamiętać jednak należy,

że sprawy zapalne *a)* przebiegają z wyższą gorączką, *b)* są zazwyczaj obustronne, o ile zaś są jednostronne to są silnie bolesne, twarde, wyosobnienie trąbki i jajnika jest nie możliwe, ruchomość macicy i przydatków znacznie upośledzona.

Z innych ważniejszych chorób wchodziłyby w rachubę zapalenie wyrostka robaczkowego oraz skręt guza jajnikowego. Przy zapaleniu jednak wyrostka robaczkowego występują na pierwszy plan zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego a więc: wzdęcie, nudności, wymioty, zaparcie stolca i wiatrów, obłożony język, wysoka temperatura, brak zaburzenia w perjodach, poza tem sprawa lokalizuje się bardziej odlegle od narządów rodnych bo na talerzu biodrowym. Skręt zaś guza nie jest poprzedzony zaburzeniem w perjodach, brak jest krwawienia, brak objawów ciąży, macica nie powiększona, natomiast wyraźnie wyczuwa się guza.

Pozostałoby parę słów o leczeniu; leczenie ciąży pozamacicznej jest jedynie operacyjne, polega na otwarciu jamy brzusznej i wyłuszczeniu ciąży pozamacicznej. Dla całokształtu opisu przytoczyliśmy obrazy badania wewnętrznego w ciąży pozamacicznej i rzuciliśmy kilka uwag co do różniczkowych cech jej w stosunku do innych schorzeń, które mogłyby ją być tak silnem urazem mechaniczym, że stać się może przypadku ciąży pozamacicznej każde badanie wewnętrzne może być tak silnem urazem mechanicznym, że stać się może przyczyną pęknięcia trąbki z wszystkiemi tego następstwami. *Położna — w przypadku, jeżeli z wywiadów i badania zewnętrznego, poweźmie podejrzenie, że ma do czynienia z ciążą pozamaciczną — postąpi najrozsądniej, jeżeli nie badając wewnętrznie natychmiast zawezwie lekarza względnie prześle taką chorą do szpitala.* Że przywiezienie chorej winno odbyć się ostrożnie bez wstrząsów i gwałtownych ruchów uzasadniać nie trzeba. Położna powinna chorą uświadomić o grożącym niebezpieczeństwie a otoczenie przekonać, że jedynie niezwłocznie wykonany zabieg operacyjny może jej uratować życie.

— o —

Wykłady dokształcające. Dnia 17 stycznia 1932 r. w Szkole położnych o godz. 16 „Rozwój człowieka" — Dr. M. Solecka (z przeźroczami).

Z Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie.
Dr. LEOPOLD GERHARDT.

Miesiączka w świetle nowoczesnych poglądów.

Miesiączka jest pierwszym, zewnętrznym, widomym objawem dojrzałości płciowej. W naszych stronach pojawia się ona średnio w 14 roku życia. W krajach południowych występuje wcześniej, w północnych później. Odtąd począwszy zjawia się ona normalnie w pewnych regularnych odstępach czasu, przez cały czas trwania dojrzałości płciowej. Z chwilą zniknięcia miesiączki, co u nas ma miejsce mniej więcej w 47 roku życia, znika zwykle również i dojrzałość płciowa. Możnaby zatem stąd wywnioskować, że płciowo dojrzałą jest tylko kobieta normalnie miesięczkująca. Wniosek ten praktycznie rozważając, jest zupełnie słuszny, teoretycznie natomiast nie jest on bez zarzutu. Wszak wiadomem jest, że ciąża może się rozwinąć u dziewczęcia jeszcze przed pierwszą miesiączką, jak i z drugiej strony do ciąży przyjść może u kobiety długo po zniknięciu miesiączki w okresie przekwitania. Są to jednak przypadki wyjątkowe.

Miesiączką nazywamy ogólnie zespół całego szeregu przemian, dokonywujących się w ustroju kobiety w pewnych regularnych odstępach czasu. Przemiany te polegają na ustawicznem tworzeniu i niszczeniu, odbywającem się perjodycznie i tyczą się w pierwszym rzędzie jajnika a dopiero następowo macicy. Bez tych zjawisk w jajniku nie będzie zmian w macicy a zatem nie będzie krwawienia miesięcznego. Jajnik odgrywa tu rolę narządu nadrzednego, zajmuje stanowisko kierownicze i od jego czynności zależy całe życie płciowe kobiety. Wiemy przecież, że po operacyjnem np. usunięciu obu jajników, kobieta już nie miesiączkuje mimo, że ma macicę.

Jajnik jest gruczołem, który spełnia równocześnie dwojakiego rodzaju czynności. Oprócz produkowania jaj a więc komórek płciowych, potrzebnych do zapłodnienia, produkuje również swoiste substancje chemiczne, które drogą krwi działają na pewne tkanki i wywołują w nich ściśle określone, sobie tylko właściwe zmiany. Substancje te nazywamy hormonami. W jajniku mamy dwa hormony: 1) follikulina i 2) lutina.

Z chwilą ustania krwawienia miesięcznego, w jajniku rozpoczyna się rozwój świeżego pęcherzyka Graafa, zawierającego w sobie jajko. Równocześnie rozpoczynają komórki nabłonkowe warstwy ziarnistej oraz komórki wewnętrznej otoczki łącznotkankowej pęcherzyka, produkcję hormonu pęcherzykowego zwanego folikuliną. Ilość tego hormonu ulega zwiększeniu w miarę rozwoju pęcherzyka aż do jego pęknięcia czyli aż do jajeczkowania, które u kobiet z normalnym t. j. z 28-ym cyklem miesiączkowym, przypada zwykle na 14 do 16 dzień cyklu. Przez ten to czas wyprodukowany przez wymienione komórki hormon dostaje się drogą naczyń lymfatycznych albo też bezpośrednio, do naczyń krwionośnych. Razem z krwią follikulina dopływa do macicy i wywołuje w niej pierwszy okres przeobrażenia przedmiesiączkowego błony śluzowej. Okres ten nazywamy okresem proliferacyjnym i trwa on od 5—15 dnia cyklu.

Zmiany w tym okresie dotyczą tylko tkanki łącznej podścieliskowej i nabłonków, wyścielających światło trzonu macicy. Komórki tkanki łącznej powiększają się, ich protoplazma staje się ziarnista, jądra większe, często przybierają kształt wieloboczny i przypominają nabłonki. Cała błona śluzowa jest wybitnie zgrubiała i rozpulchniona. Komórki nabłonków błony śluzowej macicy są soczyste i szybko się mnożą. Jedynie tylko gruczoły nie ulegają w tym okresie jeszcze żadnym zmianom.

Po dokonanem jajeczkowaniu, w miejsce pękniętego pęcherzyka Graafa, wytwarza się ciałko żółte. Składa się ono z wybujałych komórek warstwy ziarnistej, które przemieniły się w komórki luteinowe. Komórki te produkują już inny hormon o innem już działaniu. Hormon ten nazywamy luliną. Produkcja jego odbywa się od 15—28 dnia cyklu miesiączkowego. Dostawszy się do macicy wywołuje on ostateczną doczesnową przemianę błony śluzowej macicy czyli wywołuje drugi okres przemian t. zw. okres wydzielniczy czyli sekrecyjny. Okres ten cechuje się, jak już sama nazwa wskazuje, olbrzymim rozrostem gruczołów w tkance podścieliskowej błony śluzowej i nadmiernem wydzielaniem ich. W tym to czasie błona śluzowa wykazuje duże podobieństwo do doczesnej, stąd okres ten nazywamy również okresem przeddoczesnowym względnie przedciążowym. Istotnym bowiem celem wszystkich tych zmian jest przygotowanie błony śluzowej ma-

cicy do przyjęcia zapłodnionego jaja. Doczesna przedmiesiączkowa ulega wtedy dalszemu zgrubieniu i zamienia się na doczesną ciąży. Miesiączka już wtedy nie nastąpi.

Jeśli, natomiast nie przyszło do zapłodnienia jaja, doznaje błona śluzowa macicy, tak misternie przebudowana w doczesną, niejako zawodu i ulega rozpadowi. Wtedy to z przerwanych naczyń krwionośnych wylewa się do światła macicy krew i porywa za sobą strzępy tkanek, unosząc ze sobą często całe płaty wierzchnich warstw błony śluzowej, co wraz z śluzowo-surowiczą wydzieliną gruczołów i z treścią pochwy stanowi wydzielinę miesiączkową, czyli to, co powszechnie nazywamy miesiączką, perjodem, lub regularnością.

Jest ona zewnętrznym objawem trzeciego okresu cyklu miesięcznego t. zw. okresu złuszczania się czyli desquamacji, który trwa zwykle od 1 do 4-go dnia cyklu. Okres ten, cechujący się rozpadem niezużytkowanego gniazda i zniszczeniem całej doczesnej miesiączkowej, która po oddzieleniu się od warstwy podstawowej wraz z krwią wypływa na zewnątrz, oznacza śmierć jaja i jest prawie zupełnie podobny do poronienia, z tą tylko różnicą, że wydalone zostaje jajo nie zapłodnione.

Po skończonem krwawieniu miesiączkowem rozpoczyna się okres regeneracji czyli okres odbudowy z resztek, pozostałych w głębszych warstwach błony śluzowej macicy no i znowu rozpoczyna się wraz z dojrzewaniem nowego pęcherzyka Graafa w jajniku ponowna doczesnowa przemiana błony śluzowej trzonu macicy w wyżej opisanym porządku i tak wciąż w koło.

Z powyższego opisu zatem widzimy, że miesiączka w ścisłem tego słowa znaczeniu jest tylko końcowym etapem całego szeregu zmian, bez których o prawidłowej regularności mówić nie możemy.

Miesiączka jest aktem czysto fizjologicznym, stąd zatem stan zdrowia kobiety podczas miesiączki musimy uważać za całkiem normalny. Zdarza się jednak w dość dużej nawet ilości, że kobiety skarżą się w tym okresie na różne dolegliwości, jak bóle i zawroty głowy, niepokój, ogólne rozbicie, niechęć do pracy tak fizycznej jak i umysłowej, ogólny rozstrój nerwowy, brak apetytu, wybitna chwiejność nastroju,

W połogu należy kontrolować tętno i ciepłotę dwa razy dziennie.

nadmierna wrażliwość. Niektóre kobiety odczuwają zbliżanie się miesiączki po pewnych bliżej nieokreślonych sensacjach w dolnej części brzucha (uczucie ciągnięnia).

Przedmiotowo stwierdzamy powiększenie tarczycy, obrzęk sutków, obrzęk błon śluzowych a według Chwosteka i obrzęk wątroby. Często stwierdzamy też zmiany w ciepłocie ciała, w ciśnieniu krwi i akcji serca.

Wszystkie te podmiotowe i przedmiotowe zmiany przemawiają za tem, że organizm kobiety ulega w tym okresie pewnemu zatruciu. O tem wiedziano już bardzo dawno. Do dziś nawet utrzymuje się przesąd, w myśl którego kobieta miesiączkująca jest nieczysta. Stwierdzono, że świeże kwiaty natychmiast więdły w rękach kobiet w czasie perjodu. Miesiączkę rozpoznano już po samej woni.

Fakt ten tłumaczono tem, że w czasie miesiączki wytwarzają się pewne ciała toxyczne zwane menotoxynami, które organizm wydala drogą pochwy, mleka lub też potu. Dużo trzeba było czasu na to, żeby wreszcie wykazać, że zatrucie to, jeśli tu wogóle można mówić o zatruciu, stoi w związku z wewnętrznem wydzielaniem jajnika. W związku ze zniknięciem jednego hormonu a pojawieniem się drugiego o zupełnie innem działaniu bezprzecznie musi przyjść do pewnego rodzaju zaburzenia równowagi układu wkrewnego i przestrojenia całego organizmu, co musi się odbić na sprawności układu nerwowego wegetatywnego, regulującego czynności wszystkich narządów wewnętrznych.

— o —

Dr. Franciszek Ksawery CIESZYŃSKI (Warszawa).

O mierzeniu ciepłoty.

Człowiek pod względem cielesnym należy do gatunku ciepłokrwistych czyli takich stworzeń, które mają swoją własną ciepłotę, utrzymywaną na pewnym, swoistym poziomie i niezależną od ciepłoty otaczającego go powietrza, gdyż stałość ta potrzebna jest koniecznie do utrzymania normalnych czynności tkanek.

W przeciwieństwie do stworzeń ciepłokrwistych rozróżniamy gatunki zwierząt zimnokrwistych, które dostosowują swoją ciepłotę do otaczających je warunków. Tak n. p. ryby i płazy mogą obniżyć swoją ciepłotę poniżej zera, a w krajach

podzwrotnikowych podnieść ją powyżej 50° i przytem zachować normalną czynność wszystkich swoich komórek.

Jeżeli człowiek lub jakieś zwierzę wystawione jest na wpływ temperatury zbyt zimnej, lub zbyt ciepłej, wówczas zaczyna działać jego aparat regulacyjny, który ma swój ośrodek nerwowy w rdzeniu przedłużonym i działa przez nerwy naczynioruchowe w tym sensie, że naczynia skórne kurczą się lub rozszerzają w miarę potrzeby i zatrzymują, względnie oddają mniej lub więcej ciepła, które zawsze ulatnia się z człowieka.

Wymieniony aparat regulacyjny jest u dziecka jeszcze bardzo słabo wyrobiony i działa u niemowlęcia a zwłaszcza u wcześniaka tak niesprawnie, że na małą podnietę zimną lub gorącą odpowiada bardzo dużemi wahaniami ciepłoty, która często spada o 1—3 stopni poniżej lub podnosi się łatwo o 1—3 stopnie powyżej normy.

Takie wahania ciepłoty są dla dziecka bardzo niebezpieczne, gdyż hamują normalny rozwój i osłabiają prawidłową działalność tkanek. Niedostateczna ciepłota np. jest przyczyną kilku chorób u noworodka, wzgl. niemowlęcia, a nadmierna ciepłota jest zawsze jednym z najpierwszych objawów jakiejś choroby.

Z przesłanek tych wynika jasno, jak ważne jest mierzenie ciepłoty u dziecka, i jak konieczne jest czynienie tego zawsze w tych przypadkach, gdy niemowlę jest słabe, a zwłaszcza niedonoszone, kiedy normalnej ciepłoty utrzymać nie może, względnie, gdy dziecko każdego wieku narzeka na coś, a zwłaszcza, gdy skarży się na dreszcze.

Niewątpliwie najpewniejsze wyniki daje mierzenie ciepłoty w kiszce stolcowej, gdyż tam wahania jej uniezależnione są zupełnie od zewnętrznej atmosfery, która np. przez oziębienie całej pachy lub pachwiny, również do tego celu używanych, może wywierać pewien, chociaż nieznaczny, wpływ.

Przed włożeniem termometru do kiszki stolcowej należy sobie zawsze uświadomić, że jest ona utworzona przez niezbyt grubą błonę mięśniową, pokrytą od wewnątrz delikatną śluzówką, a od zewnątrz, t. zn. od strony jamy brzusznej, cienką błoną śluzową. Przy nieumiejętnem włożeniu termotru można więc — nawet przy użyciu niewielkiej siły, a zwłaszcza przy

poruszeniu się dziecka — przebić ścianę jelita i spowodować zakażenie, a więc zapalenie tkanki okolicznej, co się już niejednokrotnie zdarzało.

Aby temu nieszczęściu zapobiec, trzeba najpierw dziecko położyć na bok i lewą ręką tak mocno przytrzymywać je, aby nie mogło się poruszyć. Następnie należy koniec termometru, poprzednio umaczany w wazelinie, wsunąć prawą ręką do odbytu tak, żeby nie zranić delikanej śluzówki, i trzymać go, obserwując stale słupek rtęci, tak długo, aż przez minutę pozostanie na jednym poziomie.

Osoby nerwowe, lękające się wszelkich ewentualności, nie powinny używać tego sposobu mierzenia ciepłoty, gdyż wymaga on spokoju duchowego, czyli zupełnego opanowania siebie, jak również pewnej siły moralnej i fizycznej, aby podczas mierzenia utrzymać dziecko w absolutnym spokoju.

W podobnych wypadkach lepiej mierzyć ciepłotę pod pachą lub w pachwinie, gdyż w razie poruszenia się dziecka niebezpieczeństwo nie jest tak duże, a nawet prawie żadne. Przy tych sposobach mierzenia należy dziecko również kłaść na boku, lewą ręką przytrzymać rączkę, względnie nóżkę dziecka, a prawą ręką włożyć termometr, w tym wypadku suchy, pod pachę, względnie w pachwinę i trzymać go również tak długo, aż słupek rtęci przez jedną minutę pozostanie na miejscu.

Jeżeli obierzemy tę do każdego termometru indywidualnie dostosowaną metodę mierzenia, wówczas unikniemy tak często zdarzających się pomyłek, gdy trzyma się termometr za krótko w stosunku do czasu, którego on właśnie wymaga. Ta metoda pozwala również na nieodzowną kontrolę, czy termometr dobrze jest włożony do kiszki, czy pod pachę lub pachwinę, gdyż stałe patrzenie na słupek rtęci umożliwia stwierdzenie, że podnosi się zaraz po założeniu termometru.

W ten sposób na termometrze odczytaną ciepłotę należy zawsze niezwłocznie zanotować na papierze, gdyż nic łatwiejszego, jak zapomnieć wyniku mierzenia, którego o tej właśnie godzinie już w żaden sposób powtórzyć nie można. Dla ułatwienia lekarzowi odczytywania wahań ciepłoty, które mają w odcieniach swoich bardzo wielkie znaczenie dla rozpoznania tej lub owej choroby, — dobrze jest przedstawić je graficznie na kratkowanym papierze, przyczem linje poziome oznaczają czas, czyli dnie i godziny, a linje pionowe — stopnie ciepłoty, pisane kolejno od dołu do góry.

Właściwą ocenę gorączki, czyli ciepłoty podniesionej, należy pozostawić zawsze lekarzowi. Każda położna i matka jednakże wiedzieć powinna, że normalna ciepłota dziecka waha się między 36,5° a 37,3° C., przy mierzeniu w kiszce stolcowej między 36,7° a 37,5°, że z rana zwykle jest niższa, a wieczorem wyższa, że zwiększa się przy silniejszem poruszaniu się dziecka, że należy więc mierzyć ciepłotę zawsze po kikuminutowym przynajmniej spoczynku dziecka. Również krzyk dziecka wpływa nieco na podniesienie ciepłoty; należy więc o tem pamiętać i zaczekać z odczytywaniem wyniku aż do uspokojenia się dziecka.

Z Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie.
Dr. H. NEWLIŃSKA.

O podwiązywaniu pępowiny.

Ogólnie jest przyjęte podwiązywanie pępowiny po ustaniu tętnienia. Liczni uczeni zwrócili szczególniejszą uwagę na korzyść, jaką przez to otrzymuje płód. Wykazali oni, że podwiązywanie pępowiny natychmiast po porodzie pozbawia płód pewnej ilości krwi, co nie może być obojętnem dla ustroju dziecka. Powstaje więc kwestja, która wyłania się w związku z czasem podwiązania pępowiny, a mianowicie czy zwiększony dopływ krwi przynosi noworodkowi korzyść, lub może odwrotnie, czy nadmiar ten wobec wytworzenia się krążenia płucnego nie wywołuje pewnych zaburzeń.

Zdania były podzielone. Zwolennicy późnego podwiązywania pępowiny nie widzieli żadnych zmian, które by odbijały się niekorzystnie na dziecku. Inni poczynili wręcz przeciwne spostrzeżenia, a mianowicie, że dzieci wcześnie odpętlone, wykazywały mniejszy spadek wagi. Niektórzy znów zajęli pośrednie stanowisko co do czasu podwiązywania pępowiny i radzili podwiązywać ją po 2 min., gdyż przekonali się, że największy przyrost wagi po 8 dniach wykazywały właśnie dzieci, które odpętlono po 2 min., nieco mniejszy — dzieci, odpętlone natychmiast po porodzie, najmniejszy zaś te, u których z podwiązaniem pepowiny czekano na odejście łożyska. U tych ostatnich występowała również żółtaczka o większem nasileniu niż zwyczajnie i nierzadko pojawiały się wybroczyny i wylewy krwawe na śluzówkach. Rozbieżność

tych wyników przemawiałaby za tem, że najprawdopodobniej czas podwiązania pępowiny nie ma większego wpływu na zachowanie się wagi dziecka w pierwszych dniach jego życia, lub że wpływ ten jest tylko bardzo nieznaczny.

Aby się przekonać jak jest w rzeczywistości, postanowiliśmy przeprowadzić własne doświadczenia. W tym celu odpętlaliśmy część noworodków natychmiast po porodzie, część zaś dopiero wówczas, gdy pępowina zupełnie przestała tętnić. Pod uwagę braliśmy tylko takie przypadki, w których poród i połóg przebiegały zupełnie prawidłowo.

Wyniki były następujące: u dzieci odpętlonych dopiero po ustaniu krążenia w naczyniach pępowinowych, fizjologiczny spadek wagi był nieco mniejszy aniżeli u dzieci odpętlonych natychmiast po porodzie. Również dzień, w którym dziecko zaczynało przybywać na wadze przemawiałby raczej na korzyść późnego podwiązywania pępowiny, gdyż wzrost wagi u tych dzieci występował o parę dni wcześniej. Spostrzeżenia niektórych autorów, że dzieci pierwiastek wykazują większy spadek wagi i powolniej potem utratę tę wyrównują aniżeli dzieci wieloródek, w naszych przypadkach się nie potwierdziły. Następnie zwracano uwagę, że dzieci słabsze, mniejsze, poniżej 3 klg. wagi tracą procentowo więcej na wadze niż dzieci duże powyżej 4 klg. Różnica ta szczególnie wybitnie ma występować u dzieci wcześnie odpętlonych. W naszych przypadkach stwierdziliśmy różnicę spadku wagi tylko u dzieci powyżej 4 klg., a mianowicie dzieci później odpętlone traciły mniej na wadze aniżeli odpętlone wcześnie.

Co się tyczy dalszego przybywania na wadze i zachowania się jej mogliśmy stwierdzić co następuje: w 10 dniu po porodzie, dzieci I grupy ważyły mniej aniżeli dzieci II grupy i waga ich nie dorównywała wadze w dniu urodzenia. Dnia, w którym dziecko osiągało pierwotną wagę nie mogliśmy we wszystkich przypadkach określić, w każdym razie przemawiał on na korzyść późniejszego podwiązywania pępowiny, gdyż dziecko takie szybciej i prędzej przybywało na wadze.

Na jeden jeszcze szczegół chcemy zwrócić uwagę, a mianowicie na występowanie żółtaczki u dzieci. W myśl niektórych autorów, którzy uważają, że żółtaczka jest objawem zwiększonego rozpadu krwi, występowała ona u dzieci później odpętlonych w znaczniejszem nasileniu i trwała o wiele dłużej.

Spostrzeżenia nasze wykazują zatem, że dzieci odpętlone

po ustaniu krążenia w naczyniach pępowinowych tracą mniej na wadze aniżeli dzieci odpętlone wcześnie. Również wcześniej zaczynają one przybierać na wadze i waga ta szybciej wzrasta. Żółtaczka, natomiast, występuje u nich w silniejszym stopniu i utrzymuje się dłużej, niż u dzieci odpętlonych natychmiast po porodzie.

SEMINARJUM POŁOŻNICZE.

VI. Przykład (str. 94).

Niepodatność ujścia zewnętrznego przyczyną grożącego pęknięcia macicy.

Przyczyną niepodatności ujścia zewnętrznego mogą być: zlepienia się ujścia zewnętrznego z powodu przewlekłych nieżytów, zmiany wywołane poprzedniemi i długotrwałemi porodami, w których przyszło do częściowego zmiażdżenia warg macicznych, oparzenia silnie żrącemi środkami, używanemi niekiedy w celach leczniczych, przebyte owrzodzenia kilowe (syfilis) czy błonicze (dyfteryt) na części pochwowej lub operacje plastyczne na szyjce i jej najbliższem otoczeniu (przetoki pęcherzowe-pochwowe).

W podanym przypadku mamy niepodatność ujścia zewnętrznego na tle bliżej nieznanem. Duża niepodatność ujścia mimo długotrwałych bólów nie pozwala na dalsze rozwarcie, pozostawienie porodu siłom natury jest w tych warunkach wysoce niebezpieczne, interwencja lekarza jest konieczną.

VII. Przykład (str. 94).

Ciasna miednica, grożące pęknięcie macicy.

W naszym przypadku mamy wieloródkę, u której pierwszy poród (IX miesięczny) nastąpił siłami natury, obecnie rodzi poraz drugi na czasie. Dziecko nie żyje (brak tonów płodu — wczesne odejście wód płodowych), macica wyciągnięta (odcinek dolny ścieńczały, bolesny, wiązadła napięte) — konieczna natychmiastowa pomoc lekarska z powodu objawów grożących pęknięcia macicy. Pierwszy poród niedonoszony odbył się siłami natury przy miednicy jak widzimy ciasnej, poród obecny t. j. drugi napotykamy na trudności ze strony miednicy i musi się skończyć wymóżdżeniem.

Przykład VIII (str. 202).

Nabłoniak kosmówkowy.

U chorej stwierdzono zaśniad groniasty i opróżniono macicę, ta sama chora zgłosiła się po 6 miesiącach znów do szpitala, gdzie wynik badania drobnowidowy stwierdził nabłoniak kosmówkowy — schorzenie złośliwe (ponowne krwawienia, utrata wagi, wynik badania drobnowidowego) i doradzono chorej doszczętne wycięcie macicy. Chora na zabieg nie zgo-

dziła się, zgłosiła się po dalszych dwóch miesiącach do zabiegu operacyjnego, lecz było już zapóźno, leczono jeszcze promieniami Roentgena. — Nastąpiła śmierć.

Chore, które przebyły zaśniad groniasty muszą w przeciągu pierwszego roku zgłaszać się często do kontroli, ponieważ istnieje możliwość, że na tem tle zaśniadu groniastego rozwinie się złośliwy nabłoniak kosmówkowy (blisko w 50% przypadków), zdarzyć się to może też niekiedy po poronieniach lub porodach. Nietypowe krwawienia mogą zawsze wzbudzać podejrzenie na sprawę złośliwą. Nabłoniak kosmówkowy daje wczesne przerzuty do pochwy i płuc. Z chwilą stwierdzenia nabłoniaka kosmówkowego radykalna operacja może chorą uratować a przerzuty (do płuc) ulegają wyleczeniu.

Przykład IX (str. 203).

Zakażenie krwi.

Chora wstała w okresie kiedy jeszcze tętno utrzymywało się na wysokim poziomie, co zawsze wskazuje na powikłania, mimo chwilowych braków wyraźnych objawów klinicznych. Duża macica i krwawienia, zapalenie błony śluzowej macicy, — zakażenie krwi — śmierć.

Przykład X (str. 231).

Osteomalacja — poród u wieloródki ze zmianami rozmiękczenia kości miednicy.

Osteomalacja — rozmiękczenie kości jest to choroba przemiany materji i polega na odwapnieniu kości. W powstawaniu tej choroby ważną rolę odgrywają zaburzenia wewnątrz — wydzielnicze jajnika. Ciąża, istniejącą już osteomalację, pogarsza, poród odbyty sprawę łagodzi, schorzenie to przy następnej ciąży może wystąpić w jeszcze większym nasileniu. W naszym przypadku mamy zaburzenia w chodzie, bóle rwące w kończynach, a wynik badania wewnętrznego z charakterystycznym dziobem łuku łonowego utrwala nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z rozmiękczeniem kości i następowemi zmianami tego w miednicy. Pozostawienie porodu siłom natury mimo, że czasem przyjść może do porodu spontanicznego jest dużem ryzykiem, główka natrafiać będzie na trudności ze strony miednicy, więc chorą należy odesłać do szpitala. Niekiedy rozmiękczenie kości pozostawia swe ślady prócz miednicy i kręgosłupa też na kośćcu klatki piersiowej i kończyn. Chora taka wymaga po ukończonem porodzie dalszego leczenia, usunięcie jajników drogą operacyjną czy naświetlanie ich energją promienną prowadzi do wyleczenia.

Przykład XI (str. 231).

Rodzący się mięśniak.

W pochwie wyczuwamy guz wielkości jaja kurzego, na którym rozpina się ujście. Mimo regularnych miesiączek ma-

cica odpowiada wielkością 4-ro miesięcznej ciąży. Nagłe bóle, dołem brzucha były momentem rodzenia się mięśniaka. Chorą należy odesłać do szpitala. Ponieważ grozi jej duża utrata krwi i możność zakażenia rodzącego się mięśniaka z wszystkiemi powikłaniami miejscowemi i ogólnemi.

Przykład XII (str. 232).

Ciąża pozamaciczna.

W wywiadach przebyte zapalenie trąbek po sztucznem przerwaniu ciąży z przebytem zakażeniem. Stan ten doprowadził do nieprawidłowego zagnieżdżenia się jaja płodowego w trąbce w następstwie czego przyszło do przeżarcia przez kosmki błony śluzowej jajowodu i olbrzymiego krwotoku wśródbrzusznego. Leczenie polegać może jedynie na o ile możności ostrożnem i niezwłocznem dostarczeniu chorej do szpitala, gdzie musi być dokonany zabieg operacyjny. (Bliższe szczegóły ciąży pozamacicznej patrz zeszyt 12, str. 267 „O ciąży pozamacicznej" Dr. Kociubiński).

Rozwiązanie przypadków od 10 do 12 nadesłała p. Pużakowa z Ranizowa).

RUCH ORGANIZACYJNY.

Kongres.

Sekretarjat Międzynarodowego Związku Akuszerek odezwą z dnia 20 listopada rb. zawiadomił nas, iż w kwietniu 1932 roku odbędzie się w Gandawie „Międzynarodowy Kongres Akuszerek". Zawiadomienie powyższe zostało nam nadesłane w tym celu, aby zarówno Zarząd Główny Związku, jak i Oddziały przyjęły czynny w nim udział.

Oddziały, które zechcą wysłać na Kongres swoje delegatki, zawiadomią Zarząd Główny w ciągu grudnia rb.

Niezależnie jednak od wzięcia czynnego udziału w Kongresie, na którym będą rozpatrywane wszelkie niedomagania całego stanu akuszeryjnego, jesteśmy proszone o przysłanie następujących danych:

1. Czy warunki pracy akuszerek u nas uległy jakim zasadniczym zmianom t. j. czy w całym Państwie już są utworzone okręgi akuszeryjne, (akuszerki gminne. sejmikowe lub inne etatowe płatne przez Rząd) w dostatecznej ilości i jak się kształtuje w nich praca.

2. Jakie postępy zrobiły Zwiazki pod względem ilości członkiń i potrzeba ich dalszej działalności.

3. Czy warunki wolnej praktyki są u nas zadawalniające i jeżeli one nie zaspakajają potrzeb wolnopraktykujących akuszerek, to co trzeba uczynić, ażeby wszystkie koleżanki były z nich zadowolone.

4. Czy są pożądane zmiany w szkoleniu akuszerek i jakie mianowicie.

Nadesłane odpowiedzi, zarówno przez Zarządy Oddziałów, jak i poszczególne koleżanki, posłużą do wypracowania referatu na kongres, na którym sytuacja nasza będzie rozpatrywana i porównywana z sytuacją akuszerek w innych Państwach. *Emka.*

Koleżanki!

Komitet Zjazdowy uprasza Koleżanki, które chciałyby wygłosić na Zjeździe referaty (dnia 10—11 IV. 1932) o przesyłanie ich (napisanych czytelnie o ile możności na maszynie) na ręce Redakcji (Kraków, Kopernika 17) — najpóźniej do dnia 1 marca 1932. Zgłoszenia, które wpłyną po tym terminie nie będą mogły być uwzględnione w programie Zjazdu.

Prezesowa: A. *Halamowa.*

Zebranie Zarządu

Stow. Zawodowych Położnych Woj. Krakowskiego

dnia 10 stycznia 1932 (niedziela) w Szkole Położnych.

Przygotowanie na Walne Zebranie w dniu 24 stycznia 1932 r. i II Zjazd. Przedłożenie do wglądu ksiąg kasowych Komisji kontrolującej, (p. Woźniczkowa, Kowalczyk, Orderowa, Strojna). Ze względu na sprawy ważne i pilne konieczny udział całego Wydziału. Za Zarząd: A. *Halamowa.*

Walne Zebranie

dnia 24 stycznia 1932 w Państw. Szkole Położnych, Kopernika 17.

Zagajenie prezesowej;
Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zebrania;
Sprawozdanie Zarządu z pracy organizacyjnej w 1931 r.
Sprawozdanie kasowe Stowarzyszenia i pisma;
Sprawozdanie Komisji kontrolującej;
Sprawozdanie sekretarek Kółek miejscowych;
Sprawa Statutu;
Sprawa II Zjazdu w 10 i 11 kwietnia 1932 r.
Wnioski i interpelacje.
Wybór nowego Zarządu na rok 1932.

A. *Halamowa, prezesowa.* T. *Ratajowa, sekretarka.*

Kraków, dnia 10 grudnia 1931 r.

Regulamin Funduszu „Samopomocy".

Na podstawie Art. II. § Statutu Stowarzyszenia Zawodowych Położnych Województwa Krakowskiego — Walne Zebranie, na posiedzeniu 18 maja 1930 roku uchwala co następuje:

REGULAMIN

§ 1.

Fundusz Samopomocy tworzy się:

a) z wkładek członków w wysokości 1 zł. miesięcznie;

b) z procentów od kapitału;

c) z darów, zapisów i subwencji specjalnie na ten cel przeznaczonych;

d) z dochodów, urządzanych specjalnie na ten cel, odczytów, widowisk i t. d.

e) z innych niestałych dochodów.

§ 2.

Funduszem Samopomocy rozporządza i administruje Zarząd Stowarzyszenia Zawodowych Położnych Województwa Krakowskiego, na podstawie niniejszego regulaminu, składając corocznie osobne sprawozdanie ze swej działalności, przed Walnem Zebraniem Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak.

§ 3.

Z funduszu Samopomocy korzystać mogą położne, które są członkami zwyczajnemi i nadzwyczajnemi i wpłacają miesięczną wkładkę 1 zł. specjalnie na ten cel przeznaczoną (na fundusz Samopomocy).

§ 4.

Z funduszu Samopomocy będą udzielane:

a) zapomogi bezzwrotne;

b) pożyczki bezprocentowe;

c) pożyczki oprocentowane.

Wymienione zapomogi i pożyczki będą udzielane na podstawie podań, które rozpatruje Zarząd. Podania będą załatwiane kolejno, z wyjątkiem wypadków szczególnej wagi, co stwierdzi Zarząd większością głosów. Zarząd udziela zapomóg i pożyczek według własnego uznania. Uchwały co do udzielenia względnie odmówienia świadczenia jak również co do wysokości udzielić się mającego świadczenia, zapadają większością głosów, walnego zebrania Zarządu. Od uchwał Zarządu, przysługuje stronie prawo odwołania, które należy wnieść do Komisji Odwolawczej w czasie do dni 14 od czasu doręczenia (pisemnego) uchwały odmownej.

§ 5.

Komisję Odwoławczą wybiera Walne Zebranie Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak. z pośród człon-

ków należących do Funduszu Samopomocy — liczbie 5 osób. Komisja wybiera z pośród siebie przewodniczącego. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów i są ostateczne.

W uchwałach swych Komisja powoduje się swobodnem uznaniem w myśl zasad słuszności i na podstawie stanu faktycznego. Komisja może polecić ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Stow. względnie sama decydującą uchwałę powziąść. Każda taka uchwała powinna być załatwioną najpóźniej w ciągu jednego miesiąca od wpływu.

§ 6.

Ogólna wysokość zapomóg bezzwrotnych nie może w roku (ich najwyższa granica) przekraczać kwoty 10% rocznego dochodu. Wysokość jednej zapomogi określa się kwotą 40 zł.

§ 7.

Maksymalna wysokość pożyczki bezprocentowej określa się na kwotę 100 zł. pożyczki, zaś oprocentowane na 150 zł. Suma udzielonych pożyczek nie może przekraczać 80% całego funduszu Samopomocy w danym roku.

§ 8.

Oprocentowanie wynosi 0.5% (pół %) miesięcznie i jest płatne zgóry od całej kwoty pożyczonej, na cały okres trwania pożyczki. W razie spłaty pożyczki przed terminem jej płatności, dłużnik nie ma prawa dyskonta (tj. do zwrotu procentu za czas między dniem wcześniejszego spłacenia a ustalonym terminem spłacenia pożyczki).

§ 9.

Udzielanie pożyczki spłacane są:

a) jednorazowo w całej kwocie, po upływie pewnego terminu, który nie może przekraczać sześciu miesięcy;

b)*w* równych ratach miesięcznych. Najwyższa ilość przyznanych rat wynosić może 6 (sześć) rat płatnych ostatniego dnia każdego miesiąca. I-sza rata jest płatną w miesiącu następującym po wypłacie pożyczki. Wcześniejsze spłacanie pożyczek jest dozwolone.

§ 10.

Zapomogi i pożyczki mogą być udzielane tylko tym członkom, którzy należą do Funduszu Samopomocy od sześciu miesięcy i nie za-

legają z wkładkami zarówno do Funduszu Samopomocy jak i opłatami do Stow.

§ 11.

Pożyczkobiorcy podpisują weksle kaucyjne, jako gwarancję dotrzymania swych zobowiązań. W razie nie dotrzymania dwu po sobie następujących terminów płatności, cała resztująca kwota pożyczki staje się natychmiast płatną.

§ 12.

Jeden członek nie ma prawa do pobierania zapomogi częściej jak raz na dwa lata. W wypadkach wyjątkowych Zarząd Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak. może na własną odpowiedzialność odstąpić od tej zasady.

§ 13.

Zarząd Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak. prowadzi specjalną ewidencję udzielanych zapomóg i pożyczek i całą rachunkowość Funduszu Samopomocy, sporządza bilanse, układa preliminarz i t. d. Gotówka wolna winna być ulokowana na procent w Kasie Oszczędności.

§ 14.

Występujący członek z Funduszu Samopomocy, winien uregulować swe zobowiązania i uiścić całkowitą wkładkę za cały rok administracyjny.

§ 15.

Do członków Funduszu Samopomocy odnoszą się poza niniejszemi przepisami wszelkie postanowienia „Statutu Stowarzyszenia Zawodowych Położnych Województwa Krakowskiego".

§ 16.

W razie likwidacji Funduszu Samopomocy majątek jego przechodzi na rzecz Stowarzyszenia Zawodowych Położnych Województwa Krakowskiego. O ile jednak Stow. Zaw. Poł. Woj. Krak. uległoby wcześniejszej likwidacji, członkowie Funduszu Samopomocy, mogą w drodze specjalnej uchwały utworzyć odrębną organizację z własnym statutem.

§ 17.

Regulamin niniejszy wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia go przez Władze Wojewódzkie.

Wydawca: Stow. Położnych Województwa Krakowskiego. Redaktor odpow.: Dr. Adam Papée
Z Drukarni Ludowej w Krakowie pod zarządem Ignacego Winiarskiego.